

II.3.3. Zmiany organizacji pracy w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego w latach 1990–2004

Izabela Ćwiertnia, Beata Piórecka

Do początku lat dziewięćdziesiątych opieka pielęgniarska była ściśle związana z obszarem działania przychodni rejonowej i dostępna na zlecenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub poradni specjalistycznych. Pielęgniarki nieodpłatnie realizowały świadczenia od poniedziałku do piątku, z zapewnieniem ciągłości opieki w święta i dni wolne od pracy, jednak tylko w zakresie wcześniej zgłoszonych, bezwzględnie koniecznych iniekcji przeciwbólowych, insuliny lub antybiotyków. Każda pielęgniarka środowiskowa miała przydzielony rejon zapobiegawczo-leczniczy, który zgodnie z instrukcją MZiOS z 1985 roku miał obejmować około 2,5 tys. osób zameldowanych na określonym terenie [MZiOS, 1985]. Pielęgniarki skupiały się na realizacji zleceń lekarskich. Nie poszukiwały aktywnie osób potrzebujących pomocy, nie wykonywały też wizyt patronažo-

wych u osób starszych, szczepień profilaktycznych i edukacji zdrowotnej w takim zakresie, jaki obserwuje się po roku 2000.

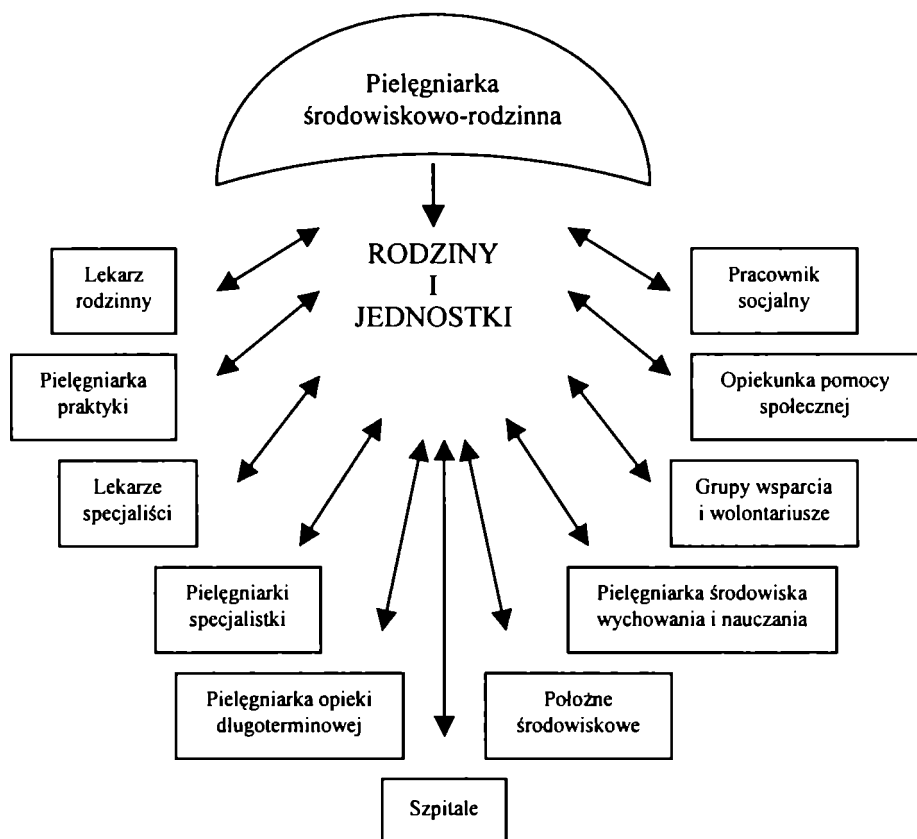
Z przedstawionych przez kasy chorych danych statystycznych za rok 2000 wynika duża rozpiętość w zakresie liczby podopiecznych, którymi zajmują się pielęgniarki. Według tych informacji zwykle na jedną pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną przypada 1,5–3 tys. zadeklarowanych pacjentów. Pielęgniarki od wielu lat postulowały zmniejszenie aktywnej listy osób objętych ich opieką do 1,5 tys. osób w mieście i 1 tys. na wsi [Fetlińska, Reszko, 1995]. Przy wprowadzaniu w 2001 roku nowej formy wyboru pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej została ustalona maksymalna liczba 2,5 tys. osób, które mogą złożyć deklarację do jednej pielęgniarki [Fetlińska, 2001]. W roku 2004 NFZ zwiększył ją o 250 osób⁶.

Obecnie obserwujemy nowe podejście do opieki pielęgniarskiej w środowisku. Jest ono wynikiem wielu zmian dotyczących:

- sytuacji demograficznej (tj. starzenia się społeczeństwa i zmiany modelu rodziny w kierunku rodzin jednopokoleniowych),
- sytuacji epidemiologicznej (tj. przewagi chorób cywilizacyjnych, przyrostu liczby ludzi niepełnosprawnych i przewlekle chorych),
- przekształceń w organizacji opieki zdrowotnej,
- ewolucji koncepcji i zadań ochrony zdrowia,
- sytuacji prawnej pielęgniarek,
- organizacji i finansowania opieki pielęgniarskiej [Kawczyńska-Butrym, 2001].

Pełnione aktualnie przez pielęgniarkę zadania określone są w kompetencjach pielęgniarki rodzinnej, opracowanych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, i zapisane w umowie kontraktowej z Narodowym Funduszem Zdrowia. W myśl tych zapisów pielęgniarki środowiskowe współpracują nie tylko z lekarzem rodzinnym, ale z każdym specjalistą leczącym ich podopiecznych oraz pielęgniarką szpitalną, pracownikiem socjalnym, opiekunką środowiskową, pielęgniarką opieki długoterminowej, grupami wsparcia czy też stowarzyszeniami, klubami seniora itp. (rycina II.3.1).

⁶ Warunki kontraktowania świadczeń NFZ są dostępne w formie elektronicznej pod adresem: www.nfz-krakow.pl



Rycina II.3.1. Miejsce pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej w opiece nad rodzinami i osobami samotnie mieszkającymi

Mimo wolnego wyboru pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej wszystkie praktyki pielęgniarstwa mają określony teren, na którym pozyskują pacjentów. Takie założenie służy lepszej organizacji oraz efektywnemu wykorzystaniu czasu pracy, co warunkuje większy dostęp pacjentów do świadczeń w miejscu zamieszkania. Pielęgniarki mające bezpośredni, samodzielny kontrakt z NFZ planują pracę w terenie na podstawie zgłoszeń bezpośrednio od pacjentów oraz na zlecenie lekarzy. W swojej działalności realizują zadania zawarte w kontrakcie i nie łączą ich z innymi działaniami, np. pracą w przychodni. W odniesieniu do osób starszych pielęgniarki wykonują nie tylko zabiegi lecznicze zalecone przez lekarzy, ale również samodzielnie prowadzą proces pielęgnacji obłożnie chorych, zapobiegając przez to powikłaniom, aktywizują pacjentów do czynnego stylu życia, uczą samopielęgnacji i samoopieki. Kontrolują również systematyczność zażywania leków i wykonywania zalecanych ćwiczeń. W przypadku osób starszych to głównie pielęgniarki zgłaszają lekarzowi wizyty domowe lub

wskazania dotyczące na przykład wypisania wniosku na materiały medyczne i sprzęt rehabilitacyjny.

W omawianym okresie zadania opieki nad osobami przewlekle chorymi w domu w większości przypadków wypełniały pielęgniarki środowiskowo-rodzinne. Jednak, biorąc pod uwagę obciążenie (przeciętnie 2,5 tys. pacjentów) oraz niejednokrotnie duży obszar działania, pielęgniarki te często nie były w stanie objąć systematyczną, codzienną opieką wszystkich obłożnie chorych w swoim rejonie. Stąd powstał pomysł wyodrębnienia nowej formy pielęgniarstwa – pielęgniarstwa opieki długoterminowej, realizowanej przez pielęgniarkę domową, która we współpracy z lekarzem rodzinnym i pielęgniarką środowiskowo-rodzinną sprawuje opiekę nad obłożnie chorym w warunkach domowych. Od 2001 roku ta forma opieki była realizowana w niektórych powiatach województwa warmińsko-mazurskiego, a następnie także w formie kontraktu z Zachodniopomorską i Śląską Regionalną Kasą Chorych. Pozytywne doświadczenia skłoniły NFZ do zakontraktowania pielęgniarstwa opieki długoterminowej na rok 2004 w całym kraju. Wobec ogromnych potrzeb i w celu wspierania opieki realizowanej w domu pacjenta NFZ, korzystając z doświadczeń Mazowieckiej Regionalnej Kasy Chorych, podpisał (również na rok 2004) pierwsze kontrakty ze specjalistycznymi zespołami opieki długoterminowej, które działają w oparciu o zespół interdyscyplinarny i realizują obok zabiegów pielęgniarstkich także świadczenia lekarskie, rehabilitacyjne i inne formy terapii [Halik, 2002, s. 157–161]. W ten sposób stopniowo budowany jest system opieki nad przewlekle chorym w środowisku domowym.